

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie
N° W21-662388
95718

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **13031**

Société : **Royal Air Maroc**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : **HSSIK Hamza**

Date de naissance : **06/02/1992**

Adresse :

Tél. : **0693078785**

Total des frais engagés :

**560,90 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**HSSIK Hamza**

Lien de parenté :

**Lui-même**

Nature de la maladie :

**Conjoint**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **02/11/2021**



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/11/21	C2		250 DH	INP : 091077392 <i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Fournisseur de la Factice	Date	Montant de la Factice
<i>[Circular stamp: DR. BENHARIT Rachid, Dentiste, Casablanca, Tel: 06 22 76 80, 39, Bd de Paris, Casablanca]</i>	21/11/21	<i>[Handwritten: Dr. BENHARIT Rachid, Spécialiste en Dermatologie, Tel: 0522 19 01 27, 18 69, Casablanca]</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

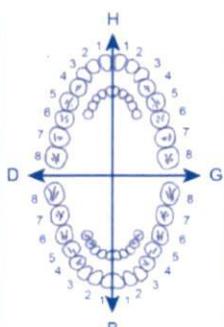
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

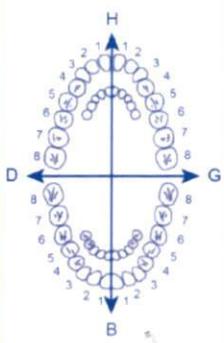
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX


MONTANTS DES SOINS


DEBUT D'EXECUTION


FIN D'EXECUTION


COEFFICIENT DES TRAVAUX


MONTANTS DES SOINS


DATE DU DEVIS


DATE DE L'EXECUTION


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENHARBIT Rachid

Spécialiste en Dermato - Vénérologie

Titulaire du Certificat d'Etudes

Spéciales

Faculté de Médecine de Strasbourg

Ancien Maître Assistant au CHU

Avicenne - Rabat

الدكتور بن حربيط رشيد  
إختصاصي في أمراض الجلد  
والشعر والأمراض التناسلية

خريج كلية الطب بستراßبورغ  
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب  
بالرباط

Casablanca, le 21.11.2011

Mr. Hassik Itamje

0,05% Regaxidil cream 2 tube

2 application درجة × 30 ml



Cure  
Chevelu 2 Regaxidil 5% 3 flacon

260,00

10 pulverisation

a 3 ml

2 fois (de) jour



REGAXIDIL® 5%  
Flacon de 60 ml



Dr. BENHARBIT Rachid  
Spécialiste en Dermatologie  
Vénérologie  
33, (Ex. 81) Bd. de Paris  
Tél. 22.19.00/27.78.69 - Casablanca



## **REGAXIDIL® 5%**

Solution pour application cutanée

Flacon de 60 ml

Minoxidil

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### **IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

#### **Composition qualitative et quantitative**

Principe actif	Pour 1 ml
Minoxidil (DCI)	50 mg
Excipients :	q.s.p. 1 ml

#### **EXCIPENT A EFFET NOTOIRE:**

Ethanol et propyléneglycol.

#### **Classe pharmaco-thérapeutique**

Autres médicaments dermatologiques.

#### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est indiqué en cas de chute de cheveux modérée (alopecie androgénétique) chez le sujet de sexe masculin.

#### **COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Veuillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

#### **Réserve à l'adulte.**

#### **POSOLOGIE :**

Appliquer 2 fois par jour (une fois le matin et une fois le soir) une dose de 1 ml sur la zone de calvitie du cuir chevelu en prenant pour point de départ le centre de la zone à traiter.

Cette dose doit être respectée quelle que soit l'étendue de la zone concernée.

La dose journalière totale ne doit pas excéder 2 ml.

Etendre le produit avec le bout des doigts de façon à couvrir l'ensemble de la zone à traiter.

Se laver soigneusement les mains après utilisation.

Ne pas appliquer le produit sur une autre partie du corps.

#### **MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

Voie cutanée.

Appliquer sur des cheveux et un cuir chevelu

parfaitement secs.

Diriger le pulvérisateur vers le centre de la surface à traiter, presser une seule fois et étendre le produit avec le bout des doigts. Répéter l'opération 10 fois pour appliquer une dose de 1 ml.

Eviter d'inhaler l'aérosol.

Bien Rincer le flacon, et le pulvérisateur à l'eau chaude après chaque utilisation.

#### **Fréquence d'administration**

1 application deux fois par jour, matin et soir.

#### **DUREE DE TRAITEMENT :**

Un traitement d'une durée de 2 mois à raison de 2 applications par jour peut être nécessaire avant que soit mise en évidence une stimulation de la pousse des cheveux.

Le début et le degré de la réponse varient en fonction des sujets.

Ne pas arrêter les applications au risque de revenir à l'état antérieur après un délai de 3 ou 4 mois.

L'augmentation de la dose ou de la fréquence d'application n'entraînera pas d'amélioration des résultats.

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

#### **ATTENTION !**

#### **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

N'utilisez jamais REGAXIDIL® 5 %, solution pour application cutanée :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au Minoxidil ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament,
- Si vous avez des lésions du cuir chevelu,
- Si vous êtes intolérant à la forme à 2 %,
- Si vous avez moins de 18 ans ou plus de 65 ans,
- En cas d'alopecie (chute de cheveux) de la femme.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

#### **EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS**

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, REGAXIDIL® 5%, Solution pour application cutanée, EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDÉSIRABLES, SURTOUT DURANT LA PREMIÈRE OU LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES DE TRAITEMENT.

Informez immédiatement votre médecin si vous remarquez l'un des symptômes suivants, car vous pourriez avoir besoin d'un traitement médical en urgence.

- Gonflements du visage, des lèvres ou de la gorge entraînant des difficultés à avaler ou à respirer. Ces symptômes pourraient être le signe d'une réaction allergique grave (fréquence indéterminée, impossible à estimer à partir des données disponibles).

Autres effets indésirables possibles :

- Il est possible que surviennent une irritation locale avec desquamation (élimination des cellules mortes de la peau),

# NITRATE D'ECONAZOLE **Pevaryl® 1%** CREME

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### **COMPOSITION**

Crème :

Formule pour 100 g :

nitrate d'éconazole ..... 1 g  
Excipients : stéarates d'éthylèneglycol et de macrogols 300 et 1500, paraffine liquide, glycérides polyglycolysés insaturés, butylhydroxyanisole (E320), acide benzoïque (E210), parfum, eau purifiée.

LOT : 21E004  
PER..03 2023

PEVARYL 1%  
CREME T30G

P.P.V : 50DH90



6 118000 012184

### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Crème, tube de 30 g.

### **CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

DERIVE IMIDAZOLE - ANTIFONGIQUE LOCAL

(D : Dermatologie)

### **DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est préconisé dans le traitement ou le traitement d'appoint de certaines affections cutanées dues à des champignons (mycoses).

### **ATTENTION !**

### **DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie à l'un des composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### **PRECAUTIONS D'EMPLOI**

- Eviter l'application près des yeux.
- Il est recommandé de ne pas utiliser un savon acide (l'acidité favorisant la multiplication du candida).
- En cas d'application chez l'enfant, sur une grande surface, ou sur une peau lésée, respectez impérativement les recommandations et la posologie indiquée par votre médecin en raison de la pénétration plus importante du produit dans ces circonstances.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.